

FAX不可

指定外宿泊施設利用補助金申請書

公益財団法人湘南産業振興財団 理事長 殿

年 月 日

受取代理人	事業所番号		会員番号	
	事業所名			
代表申請者	代表者名	(代表者印)		
	会員氏名	(印)		

次のとおり、湘南勤労者福祉サービスセンター宿泊補助金を申請します。補助金は、下記の金融機関口座にお振込みください。下記振込み先名義人を代理人と定め、宿泊補助金の受領に関する権限を委任します。

宿泊補助金請求額	0 0 0 円	延べ泊分
----------	---------	------

宿泊証明書	宿泊施設名	宿泊日
別紙 No. 1		月 日 ~ 月 日
別紙 No. 2		月 日 ~ 月 日
別紙 No. 3		月 日 ~ 月 日

上記、代表申請者以外に補助金申請者がいる場合は、記名・押印してください。

会員番号	氏名	印	会員番号	氏名	印
		(印)			(印)
		(印)			(印)
		(印)			(印)

宿泊補助金振込先（代表申請者所属事業所への一括入金となります）

金融機関名	支店名	口座種別 普通 ・ 当座
口座番号	口座名義（フリガナ）	

- 補助金額は1泊2,000円で、同一年度内（4月～3月）に3泊までの補助が受けられます。同居家族の補助はありません。
- 宿泊料金の自己負担額が2,000円未満の場合、補助は受けられません。
- 原則として、宿泊補助金は請求者（会員）の所属事業所の指定振込先一括入金となりますので、受領後に各会員に振り分けてください。
- 宿泊補助金は、宿泊日から3ヶ月以内に請求してください。（3ヶ月を超えた場合、請求は無効となります）

《財団記入欄》 □補助する □補助しない (理由)	補助決定額	0 0 0 円	受付印